

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO FÍSICO-MOTORA**

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO
PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA – UNIMED SANTA
MARIA**

TRABALHO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Rejane de Souza Caino

Orientador: Prof. Dra. Marisa Bastos Pereira

Co-orientadora: Adriane Pasqualotto

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
1 INTRODUÇÃO.....	6
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo geral	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4 METODOLOGIA	12
4.1 Delineamento do estudo	12
4.2 Local da pesquisa.....	12
4.3 População e grupo de estudo	12
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	13
4.4.1 Critérios de inclusão	13
4.4.2 Critérios de exclusão.....	13
4.5 Procedimentos.....	13
4.5.1 Triagem dos sujeitos	13
4.5.2 Avaliações dos sujeitos aptos	14
4.6 Análise dos dados.....	16
4.7 Aspectos éticos	16
4.7.1 Riscos e Benefícios.....	17
4.7.2 Confidencialidade e Sigilo do pesquisador.....	18
5 RECURSOS.....	19
5.1 Materiais.....	19
5.1.1 Material permanente	19
5.1.2 Material de consumo.....	19
6.1.3 Material total.....	19
6.2 Humanos	20
7 CRONOGRAMA	21
8 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	22
ANEXOS.....	
ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	

ANEXO B- ESCALA DE EQUILÍBRIO FUNCIONAL DE BERG.....	41
ANEXO C- INDICE DE KATZ.....	45
ANEXO D –.....	46
ANEXO E – ANEXO E –	47
.....	48
ANEXO F – TESTE DE RECORDAÇÃO LIVRE.....	
ANEXO G - TESTE DE RECONHECIMENTO.....	
ANEXO H – SLIDES DO TESTE DE MEMÓRIA EMOCIONAL.....	
APÊNDICES.....	
APÊNDICE A-.....	59
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	
APÊNDICE C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	
APÊNDICE D – CARTA DE SOLICITAÇÃO.....	
APÊNDICE E - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO.....	

RESUMO

Especialização em Reabilitação Físico-Motora
Curso de Fisioterapia
Universidade Federal de Santa Maria

PERFIL DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA – UNIMED SANTA MARIA

AUTORES: REJANE DE SOUZA CAINO
ORIENTADOR (A): MARISA BASTOS PEREIRA
CO-ORIENTADORA: ADRIANE PASQUALOTTO

As doenças crônicas se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil –72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. Estas estão rapidamente se tornando prioridade em saúde no Brasil e políticas para sua prevenção e controle tem sido implementadas. Metas nacionais precisam ser desenvolvidas para reduzir as doenças crônicas e seus fatores de risco.

Uma mudança concomitante a alocação de recursos, e de alta tecnologia, para promoção de saúde e prevenção é necessária para aumentar o apoio orçamentário e a coordenação central para a prevenção e assistência as doenças crônicas tanto no setor público como no privado.

Neste estudo pretende-se analisar o perfil dos usuários do serviço de fisioterapia do programa de medicina preventiva – Unimed Santa Maria, através do levantamento de dados do programa EprimeCare, utilizado pela Unimed. Serão utilizados seguintes instrumentos para a coleta de dados a Escala de Berg, o Índice de Katz, MIF (Medida de Independência Funcional) e questionário de avaliação. Serão convidados a participar do estudo, usuários da Unimed que fazem parte do Programa de Medicina Preventiva, residentes no município de Santa Maria- RS. A investigação dessas variáveis é importante para que se possam evidenciar cientificamente atividades desta natureza, a fim de construir estratégias de promoção e prevenção da saúde, voltadas a essa população.

Palavras-chave: Doenças crônicas, Prevenção, Independência Funcional, Fisioterapia.

ABSTRACT

Specialization in Physicist-Motor Rehabilitation
Physiotherapy Course
Federal University of Santa Maria

**PROFILE OF USERS OF SERVICE PREVENTIVE MEDICINE PROGRAM
PHYSICAL THERAPY - UNIMED SANTA MARIA
AUTHORS: REJANE DE SOUZA CAINO**

**SUPERVISOR (A): MARISA BASTOS PEREIRA
CO- SUPERVISOR: ADRIANE PASQUALOTTO**

Chronic diseases have become the main priority in health in Brazil -72 % of deaths in 2007 were attributed to them. These are fast becoming a health priority in Brazil and policies for prevention and control has been implemented. National targets need to be developed to reduce chronic diseases and their risk factors.

A concomitant change the allocation of resources , and high technology for health promotion and prevention is needed to increase the budgetary support and central coordination for the prevention and care of chronic diseases in both the public and private sectors .

This study aims to analyze the profile of users of physiotherapy preventive medicine program service - Unimed Santa Maria , by surveying the EprimeCare program data used by Unimed.Serão following instruments used to collect data Berg Scale the Katz Index , FIM (Functional Independence Measure) and evaluation questionnaire . Will be invited to participate in the study , Unimed of users that are part of the Program of Preventive Medicine , residents in Santa Maria- RS . The investigation of these variables is important so that they can scientifically demonstrate activities of this nature in order to build strategies for health promotion and prevention , aimed at this population.

Keywords : Chronic diseases , Prevention , Functional Independence , Physiotherapy .

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países, isso não está dando certo aqui. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. (MENDES, 2011).

Segundo FRENK 2006, a agenda do SUS nos últimos anos tem sido constrangida e empobrecida por uma fixação desproporcional na questão do volume de financiamento. É certo que o SUS opera com um significativo subfinanciamento e que necessita de mais recursos financeiros, porém como se constata crescentemente, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Recursos adicionais para fazer mais do mesmo significa jogar dinheiro fora. Como afirma o professor indiano Ramalingaswani: *“é necessário mais dinheiro para a saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida”*.

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinalam Porter e Teisberg (2007), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde que se manifesta, em maior ou menor grau, em todos os países mundo, decorre de uma incoerência entre uma situação de saúde de transição demográfica e de transição epidemiológica completa nos países desenvolvidos e de dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento e o modo como se estruturam as respostas sociais deliberadas às necessidades das populações.

A situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida, com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada. (MENDES,2011).

No Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços de União, estados, municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Inamps. A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais.

O Ministério da Saúde, nesse contexto, divulgou documento em que ressaltou a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos. (SILVA, 2011).

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. (MENDES, 2010).

As doenças crônicas não transmissíveis constituem hoje o maior desafio para os sistemas de saúde por modificarem o padrão de necessidades da população, o que lhes impõe uma configuração sensível à produção da equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas, não mais na perspectiva de cura, mas do cuidado. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que as doenças crônicas não transmissíveis responderam em 2011 por 59% da mortalidade total do mundo, havendo uma estimativa sobressair os 78% já no ano de 2020 (WHO, 2011).

Assim, vem sendo vislumbradas novas formas de integração dos sistemas de saúde para o enfrentamento desta nova realidade social, sendo uma delas inspiradas na Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDONÇA et al., 2009) especialmente por meio do fortalecimento do atributo coordenação. Desde a década de 1990 um movimento por reformas dos sistemas de

saúde tem se dado em todo mundo, para que respondam de forma mais resolutiva, corresponsável e justa às demandas sociais (MENDONÇA et al., 2010; WGW, 2007).

No entanto, são grandes os desafios para que a APS assuma o papel de coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentre os nós críticos apontados pela literatura, destacam-se a falta de política institucional direcionada ao fortalecimento da APS, a representação social das comunidades sobre este ponto de atenção, a falta de legitimidade social, a visão restrita de gestores que tendem a compreendê-la, por vezes, como seletiva, além da insuficiência de recursos qualificados para um *modus faciendi* desta estratégia, o que resulta numa notável carência de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários e a vinculação dos mesmos na APS (MENDES, 2002; CONILL ET AL. 2010).

ASSIS et al. 2003, propõe esforços dirigidos a lutas cotidianas por um novo modelo que priorize a promoção da saúde, e que também possa dar conta da demanda por atendimento à doença com mudanças sociais e institucionais inovadoras que reorientem as políticas de saúde e a organização dos serviços (públicos e privados).

O setor de Saúde Suplementar é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada. No Brasil a Saúde Suplementar viabilizou-se nos anos 70, a partir da crise do modelo médico previdenciário e pelo forte incremento da modalidade convênio-empresa (ANDRADE et al., 2009).

Conforme a Constituição Federal de 1988 a iniciativa privada tem direito de prestar serviços de saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde que esses estejam de acordo com as diretrizes e princípios do sistema público (BRASIL, 1988). Ao definir as ações e serviços de saúde como relevância pública a Constituição Federal delega ao Estado sua regulamentação, fiscalização e controle, ainda que sua execução não se efetive diretamente pelo poder público, mas por meio de contratados ou conveniados, pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Para viabilizar o objetivo de estimular a mudança de modelo assistencial, vislumbrando alcançar um modelo no qual a organização da atenção visa a integralidade do cuidado através de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, vigilância e assistência, a ANS tem estimulado a incorporação de intervenções por linhas de cuidados (BRASIL, 2007).

FUCHTER, 2012 aborda a iniciativa de operadoras de planos de saúde de autogestão, em gerenciamento de crônicos, como alternativa a continuar oferecendo assistência à saúde de qualidade aos seus beneficiários, com foco na atenção de cuidados, promoção, prevenção,

recuperação e reabilitação dos pacientes, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida à sua população assistida, bem como redução dos custos assistenciais, em busca da sobrevivência da autogestão no mercado de saúde suplementar brasileiro.

Dentro dessa nova estratégia de atenção, o gerenciamento de crônicos ganha espaço e importância, e destaca-se como uma alternativa de cuidado fundamental para a atenção à saúde dos pacientes, bem como uma estratégia de assistência com melhores resultados de saúde e desempenho financeiro (FUCHTER, 2012).

O serviço de Medicina Preventiva da Unimed Santa Maria atua na promoção e prevenção à saúde, com ênfase no gerenciamento de pacientes crônicos.

Atualmente, conta com Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas – aprovado pela ANS – dentro da linha de cuidado de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso. Destinado a uma determinada população alvo, o programa realiza inúmeras atividades domiciliares por meio de uma equipe multiprofissional a fim de obter a manutenção e estabilização clínica do usuário e o controle dos fatores de riscos, promovendo ainda, uma conscientização para o autocuidado.

Nesse contexto, será avaliado o perfil dos usuários do serviço de fisioterapia do programa de Medicina Preventiva – Unimed Santa Maria.

2 JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas mudanças significativas ocorreram na área da saúde com o aumento da longevidade e o crescente avanço das doenças crônicas. Porém o momento atual na área de assistência à saúde é de regulamentação, readequações e busca de soluções no mercado para melhora da qualidade de vida.

A proposta deste estudo é fazer o levantamento do perfil dos usuários que realizam fisioterapia no Programa de Medicina Preventiva Unimed Santa Maria, a fim de estabelecer, futuramente, estratégias orientadas para portadores de doenças crônicas e com risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

Analisar o perfil dos usuários que realizam fisioterapia pelo Programa de Medicina Preventiva implicará em um melhor planejamento de ações em saúde preventiva. Com esse estudo será possível dar respostas às várias condicionantes que se relacionam entre a oferta e a necessidade do serviço.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o perfil dos usuários do Programa de Medicina Preventiva – Unimed Santa Maria que realizam fisioterapia pelo programa em conjunto com uma equipe multidisciplinar.

3.2 Objetivos específicos

- Aplicar um plano de atenção fisioterapêutica voltado para o gerenciamento e prevenção de doenças crônicas;
- Verificar as características antropométricas e sócio demográficas;
- Investigar as comorbidades;
- Analisar os aspectos de autonomia e independência.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

A pesquisa será do tipo descritiva, com uma abordagem quantitativa dos dados.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa será realizada na Medicina Preventiva da Unimed Santa Maria situada na Rua Silva Jardim, 1031, no Bairro Rosário, Santa Maria-RS, Brasil, entre os meses de dezembro de 2014 a junho de 2015.

4.3 População e grupo de estudo

Serão convidados a participar da pesquisa todos os usuários da Unimed Santa Maria/RS, pertencentes ao Programa de Medicina Preventiva que realizam fisioterapia pelo programa.

Atualmente estes são em número de 90 usuários do sexo masculino e feminino. A amostra não probabilística e intencional, será composta por aqueles que aceitarem voluntariamente a participar do estudo seguindo os critérios de inclusão e exclusão do mesmo. O número total de sujeitos será conhecido no final.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

4.4.1 Critérios de inclusão

Serão incluídos na pesquisa usuários do Programa de Medicina Preventiva Unimed Santa Maria, RS, que tenham capacidade cognitiva aprovada (dados confirmados após aplicação do MiniMental (ANEXO A) e tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.4.2 Critérios de exclusão

Serão excluídos da pesquisa usuários que apresentem disfunção cognitiva (dados confirmados após aplicação do MiniMental).

4.5 Procedimentos

4.5.1 Triagem dos sujeitos

Para triagem dos sujeitos serão utilizados os seguintes instrumentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), Mini Exame do Estado Mental (ANEXO A).

Mini Exame do Estado Mental - MiniMental (MMSE) (ANEXO A)

O MiniMental foi desenvolvido por (1975) e no Brasil foi traduzido por Bertolucci et al. (1994). Escala de avaliação cognitiva mais amplamente utilizada com finalidade de auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos de risco, como é o caso dos idosos. O MiniMental é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação paratempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos. (ALMEIDA, 1998).

4.5.2 Avaliações dos sujeitos aptos

Os usuários voluntários que se enquadrarem nos critérios de inclusão da pesquisa serão direcionados ao grupo de estudo. A inclusão no referido grupo se efetivará, contemplados os critérios de inclusão e exclusão, por ordem de ingresso nas avaliações e após a triagem.

O grupo de estudo será submetido a quatro levantamentos que serão realizadas em dezembro de 2014, e em junho de 2015, no início e fim do estudo. Os instrumentos utilizados serão: Escala de Equilíbrio Funcional de Berg (ANEXO B), Índice de Katz (ANEXO C), Medida de Independência Funcional – MIF (ANEXO ?), Questionário de Qualidade de Vida – SF 36 (ANEXO E).

Escala de Equilíbrio Funcional de Berg (ANEXO B)

A escala de equilíbrio de Berg é uma escala validada e traduzida para o português, que avalia o equilíbrio funcional estático e dinâmico. Essa ferramenta é de fácil e rápida aplicação, com baixo custo em relação aos equipamentos usados em outros estudos. A escala de Berg busca avaliar o equilíbrio funcional, por meio de quatro tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e o dinâmico, como, alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. Avalia-se a realização das tarefas através da observação direta. A pontuação pode variar de 0 a 4, totalizando o máximo de 56 pontos. Um escore abaixo de 45 indica equilíbrio pobre (BERG, 2004).

O teste satisfaz várias necessidades, incluindo a descrição quantitativa do equilíbrio, o monitoramento do progresso clínico do paciente e a avaliação da eficácia da intervenção realizada na prática clínica e em estudos (BERG, 2004). A escala apresenta sensibilidade que varia de 82% a 91% e especificidade que varia de 70% a 95%, para avaliar risco de queda em idosos (THORBAHN E NEWTON, 1996; HARADA, 1995).

Índice de Katz (ANEXO C)

A avaliação funcional em gerontologia pode ser realizada por meio de diversos instrumentos. Neste estudo, utilizar-se-á o Index de Independência nas Atividades de Vida Diária desenvolvido por Sidney Katz, o qual consiste em um dos instrumentos mais utilizados nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais (KATZ *et al.*, 1963; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

O Índice de Katz, para avaliação das atividades básicas da vida diária (AVD), é pontuado somando-se um ponto para cada resposta “sim” das seis questões que versam sobre banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. O escore máximo atinge o valor de 6 pontos, sendo que a pontuação 6 a 5 indica independência; 4 a 3, déficit moderado e 2, déficit severo (FREITAS; BERKENBROCK; NERY, 2002).

Medida de Independência Funcional - MIF (ANEXO D)

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação do grau de independência funcional em várias dimensões do cotidiano. Apresenta propriedades psicométricas comprovadas e sensibilidade para detectar as mínimas alterações funcionais, mensurando tanto o que o indivíduo é capaz de realizar independentemente, com a ajuda de dispositivos assistidos ou com auxílio de terceiros. A validação da MIF no Brasil foi realizada por Riberto et al., que consideraram a versão brasileira do instrumento válida e útil para o seu segmento clínico. Essa versão também demonstrou boa reprodutibilidade e confiabilidade na sua aplicação.

O instrumento avalia 18 tarefas, pontuadas de acordo com o grau de dependência e variando de 1 (dependência completa) a 7 (independência completa), sendo o escore total mínimo de 18 e o máximo de 126 pontos. As tarefas são agrupadas em seis dimensões: autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade/transferências, locomoção, comunicação e cognição social. O escore total da MIF, também conhecido como MIF total, pode ser dividido em duas subescalas: a MIF motora (engloba as dimensões autocuidados, controle de esfíncteres, transferências, locomoção), com pontuação de 1 a 91 pontos, e a MIF cognitiva (engloba as dimensões comunicação e cognição social), que varia de 1 a 35.

4.6 Análise dos dados

4.7 Aspectos éticos

Primeiramente, será feito o registro do projeto no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (GAP), para posteriormente ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. A coleta de dados somente será iniciada após aprovação do projeto.

Serão explicados previamente aos usuários interessados os objetivos e procedimentos de aplicação dos testes. Os indivíduos deverão participar de forma voluntária e, no momento em que aceitarem serem sujeitos do estudo, receberão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os procedimentos da pesquisa serão iniciados somente quando os pesquisadores obtiverem os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) assinados pelos sujeitos.

Será garantido aos sujeitos sigilo e confidencialidade dos dados coletados, os quais ficarão sob responsabilidade da orientadora Prof^a. Dr^a. Marisa Bastos Pereira por um período de cinco anos localizados à sala 1308, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria. Após esse período serão incinerados, de forma a manter o sigilo dos mesmos. O sigilo será garantido através de um termo de confidencialidade (APÊNDICE B) entregue aos idosos.

4.7.1 Riscos e Benefícios

A aplicação da pesquisa tem como risco, algum constrangimento ao responder alguma questão do questionário (APÊNDICE C).

Como benefícios, o estudo pode proporcionar aos usuários uma futura intervenção fisioterapêutica mais elaborada para suas necessidades individuais, associado ao gerenciamento mais adequado de suas condições crônicas de saúde.

Como riscos, o paciente pode apresentar algum constrangimento ao responder alguma questão dos questionários ou possível desconforto psicológico ao lembrar algum episódio sofrido no decorrer da sua vida. Além de tontura, constrangimento por não realizar um exercício, elevação da pressão arterial, fadiga, dores musculares, dispneia ao esforço.

Porém se algum sinal ou sintoma for observado durante as avaliações, essas serão interrompidas e o médico/enfermeiro plantonista da instituição será acionado.

4.7.2 Confidencialidade e Sigilo do pesquisador

Os dados coletados serão armazenados no arquivo pessoal da professora orientadora Dr^a. Marisa Bastos Pereira, situado na sala 1308, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, por durante cinco (5) anos e logo após serão incinerados.

Os resultados da pesquisa serão apresentados sob a forma de artigo científico, que poderá ser enviado a uma revista científica, sendo a identificação dos participantes mantida em sigilo (APÊNDICE B).

5 RECURSOS

5.1 Materiais

5.1.1 Material permanente

Item	Custo (R\$)
Notebook	1.199,00
Impressora Multifuncional	330,00
2 Pen drives	40,00
SUBTOTAL	1569,00

5.1.2 Material de consumo

Item	Custo (R\$)
4 cartuchos (HP) de tinta preta	100,00
1000 folhas A4	50,00
Transporte (gasolina)	300,00
10 Cd	15,00
12 canetas BIC azuis	7,00
200 cópias de Xerox	20,00
SUBTOTAL	492,00

Os recursos financeiros estarão a cargo dos acadêmicos.

5.1.3 Material total

Somando-se os materiais permanentes e de consumos será gasto o valor de R\$ 2061,00,00 (dois mil e sessenta e um reais).

5.2 Humanos

A pesquisa será realizada pela acadêmica, Débora da Luz Fernandes e Monica de do curso de Especialização em Reabilitação Físico Motora da Universidade Federal de Santa Maria, sob a orientação da Professora Doutora Marisa Bastos Pereira.

6 CRONOGRAMA

Cronograma	2014	2015														ND	ND
	A	S	O	N	D	J	S	F	M	A	M	J	J	A	D		
Elaboração do Projeto			X	X	X												
Revisão de Literatura		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Registro do Projeto no SIE						X											
Registro do Projeto na Plataforma Brasil					X												
Coleta de Dados					X	X	X	X	X	X	X						
Tratamento dos Dados												X	X				
Elaboração do Relatório Final													X				

7 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

GORMAN, W. F.; CAMPBELL, C. D. Mental acuity of the normal elderly. **J Okla State Med Assoc**, vol. 88, p. 119-23, 1995.

GUIA, C. M. *et al.* **Declínio funcional e cognitivo em idosos após 6 meses de internação em instituição gerontológica.** In: Anais do 13º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia; 2002 jun. p. 19-22; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SBGG-Seção RJ; p. 348, 2002.

GUIMARÃES, L. H. C. T. *et al.* Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Rev Neuroc**, v. 12, n. 2, 2004.

KATZ, S. *et al.* **Studies of illness in the aged. The index of ADL:** a standardized measure of biological and psychosocial function. v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

LACOURT, M. X.; MARINI, L. L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. **Rev Bras Cienc Env Hum**, Passo Fundo. p. 114-121, 2006.

KANDEL, E. R. *et al.* **Fundamentos da neurociência e do comportamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

JAHANA, K. O.; DIOGO, M. J. D. E. Quedas em idosos: Principais causas e conseqüências. **Rev Sau Colet.** São Paulo, v. 4, n. 17, p. 148-153, 2007.

LITVOC, J. *et al.* **Qualidade de Vida dos Idosos:** Avaliação dos parâmetros objetivos. In: CONGRESSO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DO MERCOSUL. Foz do Iguaçu. Resumos: Foz do Iguaçu. p. 36, 2004.

MARKOWITSCH, H.J. Varieties of memory: systems, structures. Mechanisms of disturbance. **Neurology, Psychiatry and Brain Research**, v. 5, p. 49-68, 1997.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental Durante o Processo do Envelhecimento, **Rev Bras Ativ Fis Saude**. v. 5, n. 2, p. 60-76, 2000.

MEIRELES, A. E. *et al.* Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. **Rev Neuroc**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 103-108, 2010.

MELZER, I.; BENJUYA, N.; KAPLANKI, J. **Postural stability in the elderly: a comparison between fallers and non-fallers**. *Age and Ageing*. v. 33, n. 6, p. 602-607, 2004.

MORGADO, I. Aprendizaje y Memória: conceptos, categorías y sistemas neurales. In: **Neuroanatomia y fisiologh das funciones cerebrales**. Espanha: Madrilenna,. cap. 32. p.827-873, 1999.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida**. São Paulo: Paulinas, p. 239-283, 1997.

MORGAN, R. O. *et al.* Low-Intensity Exercise and Reduction of the Risk for Falls Among At-Risk Elders. **J Geront**. v. 59, p. 1062-1067, 2004.

NASCIMENTO, L. C. C.; PATRIZZI, L. J.; OLIVEIRA, C. E. S. Efeito de quatro semanas de treinamento proprioceptivo no equilíbrio postural de idosos. **Fisiot. Mov**. Curitiba. v. 25, n. 2, Abr-Jun, 2012.

NAVEGA, M. T.; AVEIRO, M. C.; OISHI, J. Um programa de atividade física para mulheres com osteoporose. **Rev Bras Fisiot**, v.7, n 3, p. 261-267, 2003.

NERI, A. L. Envelhecimento cognitivo. In: Freitas, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NETTO, M. P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NORDIN, E. *et al* **Prognostic validity of the Timed-up-and-go test, a modified Get-Up-and-Go test, staff's global judgment and fall history in evaluating fall risk en residential care facilities** *Age and Ageing*. v. 37, n. 4, p.442-448, 2008.

NUNES, D. P. *et al.* Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia. **Cienc Sau Colet**, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010.

OLIVEIRA, D.; GORETTI, I.; PEREIRA, L. O Desempenho de Idosos Institucionalizados Com Alterações Cognitivas Em Atividades De Vida Diária E Mobilidade: Estudo Piloto. Belo Horizonte: **Rev Bras Fisiot**, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde. 2002 Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf> Acessado em: 27 jun 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL. Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acessado em: 20 mai. 2013.

OZCAN, A. *et al* The relationship between risk factor for falling and the quality of life in older adults, **BMC Public Health**, v. 5, n. 90, 2005.

O’ SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento.** 2.ed. São Paulo: Manole. p. 775, 2004.

PEREIRA, S. R. M. *et al.* **Quedas em Idosos.** Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Seção São Paulo, 2001.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Sau Pub**, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

PETERSEN, R. C. *et al.* Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurol**, v. 56, n. 9, p. 1133-1142, 2001.

PHILLIPS, W.; HASKELL, W. Muscular Fitness – Easing the burden of disability for elderly adults. **Journal Aging and Physical Activity**, v. 3, p. 261-289, 1995.

PICKLES, B. *et al.* **Fisioterapia na Terceira Idade.** São Paulo. Editora Santos. 2000.

PIMENTEL, L. M. G. **O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias.** Coimbra: Quarteto, p. 244, 2001.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso.** São Paulo: Manole, 2004.

REESE, N. B. **Testes de função muscular e sensorial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RUBENSTEIN, L. Z. **Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention.** Age aging. v. 35, n. 2, p.37-41, 2006.

SALGADO, M. A. **Velhice, uma nova questão social.** São Paulo: SESC, p. 121, 1982.

SANTOS, S. S. C. **Avaliação multidimensional do idoso: Instrumento de avaliação do idoso utilizado na disciplina Enfermagem e a saúde do idoso.** Recife, PE. Universidade de Pernambuco. Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. p. 7, 2003.

SHEPHARD, R. J. Exercício e envelhecimento. **Rev. Bras Cinesio Mov.** v. 5, n. 4, p. 49-56, 1991.

SOARES, M. A.; SACHELLI, T. Efeitos da cinesioterapia no equilíbrio de idosos. **Rev Neurocienc,** v. 16, n. 2, p. 97-100, 2008.

SOUZA, M.M. **Memórias de curta e longa duração: “mecanismos independentes”.** Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

SOUZA, R. R. Alterações anatômicas do sistema nervoso central associadas ao envelhecimento. In: Jacob Filho W, Carvalho Filho ET, editores. **Envelhecimento do sistema nervoso e a dor no idoso – monografias em geriatria III.** São Paulo: FMUSP; 1996.

SOUZA, J. N.; CHAVES, E. C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. **Rev Esc Enferm USP,** v. 39, n. 1, p. 13-19, 2005.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento.** 2 ed. São Paulo: Manole, 2005.

STELLA, F. Funções cognitivas e envelhecimento. In: PY, L. et al (org.) **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: NAU, p. 283-312 , 2004.

THORBAHN, L .D. B.; NEWTON, R. A. Use of the Berg Balance Test to predict falls in elderly persons. **Phys Ther.** v. 76, p. 576-585, 1996.

ANEXOS

ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação espacial (0-5 pontos):

1. Em que dia estamos?

Ano Semestre Mês Dia Do Mês Dia da Semana

2. Orientação espacial (0-5 pontos):

Onde Estamos?

Estado Cidade Bairro Rua Local

3. Repita as palavras (0-3 pontos):

Caneca Tijolo Tapete

4. Cálculo (0-5 pontos):

O senhor faz cálculos?

Sim (vá para a pergunta 4a)

Não (vá para a pergunta 4b)

4a. Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?

93 86 79 72 63

4b. Solete a palavra MUNDO de trás pra frente

O D N U M

5. Memorização (0-3 pontos):

Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.

Caneca Tijolo Tapete

6. Linguagem (0-2 pontos):

Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado nomeá-los.

Relógio Caneta

7. Linguagem (1 ponto):

Solicite ao entrevistado que repita a frase:

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

8. Linguagem (0-3 pontos):

Siga uma ordem de 3 estágios:

Pegue esse papel com a mão direita.

Dobre ao meio.

Coloque-o no Chão.

9. Linguagem (1 ponto):

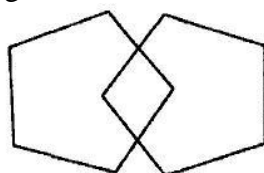
Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.

10. Linguagem (1 ponto):

Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.

11.Linguagem (1 ponto):

() Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



Resultado:

Observação para a montagem da calculadora

Soma de todas as caselas, cada uma vale 1 ponto.

Avaliação dos resultados

Escore para idosos:

Normal: acima de 26 pontos, com mais de 8 anos de escolaridade.

Normal: acima de 18 pontos com 1 a 7 anos de escolaridade.

Normal: acima de 13 pontos, para analfabetos.

ANEXO B - ESCALA DE EQUILÍBRIO FUNCIONAL DE BERG

Nome _____ Data _____
Local _____ Avaliador _____

Descrição do item ESCORE (0-4)

1. Posição sentada para posição em pé _____
 2. Permanecer em pé sem apoio _____
 3. Permanecer sentado sem apoio _____
 4. Posição em pé para posição sentada _____
 5. Transferências _____
 6. Permanecer em pé com os olhos fechados _____
 7. Permanecer em pé com os pés juntos _____
 8. Alcançar a frente com os braços estendidos _____
 9. Pegar um objeto do chão _____
 10. Virar-se para olhar para trás _____
 11. Girar 360 graus _____
 12. Posicionar os pés alternadamente no degrau _____
 13. Permanecer em pé com um pé à frente _____
 14. Permanecer em pé sobre um pé _____
- Total _____

Instruções gerais

Por favor, demonstrar cada tarefa e/ou dar as instruções como estão descritas. Ao pontuar, registrar a categoria de resposta mais baixa, que se aplica a cada item. Na maioria dos itens, pede-se ao paciente para manter uma determinada posição durante um tempo específico.

Progressivamente mais pontos são deduzidos, se o tempo ou a distância não forem atingidos, se o paciente precisar de supervisão (o examinador necessita ficar bem próximo do paciente) ou fizer uso de apoio externo ou receber ajuda do examinador. Os pacientes devem entender que eles precisam manter o equilíbrio enquanto realizam as tarefas. As escolhas sobre qual perna ficar em pé ou qual distância alcançar ficarão a critério do paciente. Um julgamento pobre irá influenciar adversamente o desempenho e o escore do paciente.

Os equipamentos necessários para realizar os testes são um cronômetro ou um relógio com ponteiro de segundos e uma régua ou outro indicador de: 5; 12,5 e 25 cm. As cadeiras utilizadas para o teste devem ter uma altura adequada. Um banquinho ou uma escada (com degraus de altura padrão) podem ser usados para o item 12.

1. Posição sentada para posição em pé

Instruções: POR FAVOR, LEVANTE-SE. TENDE NÃO USAR SUAS MÃOS PARA SE APOIAR.

- 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
- 3 capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos
- 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
- 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
- 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: POR FAVOR, FIQUE EM PÉ POR 2 MINUTOS SEM SE APOIAR.

- 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos

- 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão
- 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item.

No. 3. Continue com o item No. 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho

Instruções: POR FAVOR, FIQUE SENTADO SEM APOIAR AS COSTAS COM OS BRAÇOS CRUZADOS POR 2 MINUTOS.

- 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos
- 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão
- 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos
- 1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos
- 0 incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos

4. Posição em pé para posição sentada

Instruções: POR FAVOR, SENTE-SE.

- 4 senta-se com segurança com uso mínimo das mãos
- 3 controla a descida utilizando as mãos
- 2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida
- 1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle
- 0 necessita de ajuda para sentar-se

5. Transferências

Instruções: ARRUME AS CADEIRAS PERPENDICULARMENTE OU UMA DE FRENTE PARA A OUTRA PARA UMA TRANSFERÊNCIA EM PIVÔ. PEÇA AO PACIENTE PARA TRANSFERIR-SE DE UMA CADEIRA COM APOIO DE BRAÇO PARA UMA CADEIRA SEM APOIO DE BRAÇO, E VICE-VERSA. VOCÊ PODERÁ UTILIZAR DUAS CADEIRAS (UMA COM E OUTRA SEM APOIO DE BRAÇO) OU UMA CAMA E UMA CADEIRA.

- 4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos
- 3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
- 2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão
- 1 necessita de uma pessoa para ajudar
- 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instruções: POR FAVOR, FIQUE EM PÉ E FECHE OS OLHOS POR 10 SEGUNDOS.

- 4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
- 3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
- 2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos
- 1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
- 0 necessita de ajuda para não cair

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções: JUNTE SEUS PÉS E FIQUE EM PÉ SEM SE APOIAR.

- () 4 capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança
- () 3 capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão
- () 2 capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos
- () 1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- () 0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instruções: LEVANTE O BRAÇO À 90°. ESTIQUE OS DEDOS E TENDE ALCANÇAR A FRENTE O MAIS LONGE POSSÍVEL.

(O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).

- () 4 pode avançar à frente mais que 25 cm com segurança
- () 3 pode avançar à frente mais que 12,5 cm com segurança
- () 2 pode avançar à frente mais que 5 cm com segurança
- () 1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão
- () 0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé

Instruções: PEGUE O SAPATO/CHINELO QUE ESTÁ NA FRENTE DOS SEUS PÉS.

- () 4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança
- () 3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão
- () 2 incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente
- () 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé

Instruções: VIRE-SE PARA OLHAR DIRETAMENTE ATRÁS DE VOCÊ POR CIMA DO SEU OMBRO ESQUERDO SEM TIRAR OS PÉS DO CHÃO. FAÇA O MESMO POR CIMA DO OMBRO DIREITO (o examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento).

- () 4 olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso
- () 3 olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso
- () 2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio
- () 1 necessita de supervisão para virar
- () 0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

11. Girar 360 graus

Instruções: GIRE-SE COMPLETAMENTE AO REDOR DE SI MESMO. PAUSA. GIRE-SE COMPLETAMENTE AO REDOR DE SI MESMO EM SENTIDO CONTRÁRIO.

- () 4 capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio

Instruções: TOQUE CADA PÉ ALTERNADAMENTE NO DEGRAU/BANQUINHO. CONTINUE ATÉ QUE CADA PÉ TENHA TOCADO O DEGRAU/BANQUINHO QUATRO VEZES.

- () 4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos
- () 2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
- () 1 capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instruções: (demonstre para o paciente) COLOQUE UM PÉ DIRETAMENTE À FRENTE DO OUTRO NA MESMA LINHA; SE VOCÊ ACHAR QUE NÃO IRÁ CONSEGUIR, COLOQUE O PÉ UM POUCO MAIS À FRENTE DO OUTRO PÉ E LEVEMENTE PARA O LADO.

- () 4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- () 3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- () 2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- () 1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- () 0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé
- () 1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
- () 0 necessita de ajuda enquanto gira

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: FIQUE EM PÉ SOBRE UMA PERNA O MÁXIMO QUE VOCÊ PUDER SEM SE SEGURAR.

- () 4 capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos
- () 3 capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos
- () 2 capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 3 segundos
- () 1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

ANEXO C- INDICE DE KATZ

Nome:

Data de Avaliação:

Funções	Avaliação	Valor	Funções	Avaliação	Valor
1- Tomar Banho (com esponja, imersão ou chuveiro).	1- Não recebe assistência (entra e sai da banheira ou ducha sozinha).		4- Deslocar-se	1- Entra e sai da cama sem assistência (pode utilizar bengala ou cadeira de rodas).	
	2- Recebe assistência na lavagem de parte do corpo (ex. pernas, costas, etc.)			2- Entra e sai da cama com assistência.	
	3- Recebe assistência na lavagem de mais de uma parte do corpo (senão não tomaria banho).			3- Não sai da cama.	
2- Vestir-se (tiram roupas do armário e gavetas incluindo roupas interiores, exteriores e acessórios: cintos suspensórios).	1 - Tira a roupa e veste-se completamente sem assistência.		5- Continência	1- Controla os esfíncteres de micção ou defecção completamente sozinha.	
	2 - Tiram as roupas e veste-se sem assistência exceto para calçar os sapatos.			2- Têm "acidentes ocasionais".	
	3- Recebe assistência para tirar as roupas ou para se vestir, ou fica em parte ou completamente despido.			3- Recebe ajuda para manter o controlo urinário ou da defecção; usa-se um cateter ou tem incontinência.	
3- Higiene (ir ao quarto de banho ou urinar ou evacuar, limpar-se e arranjar o vestuário).	1- Vai à casa de banho, se limpa e arranja-se sem assistência (pode usar bengala, cadeira de rodas, ou pode usar um bacio e limpá-lo pela manhã).		6 - Alimentar-se	1- Alimenta-se sozinho sem assistência.	
	2 - Recebe assistência para ir à casa de banho ou limpar-se, arranjar as roupas depois de urinar ou evacuar, ou usar o bacio ou arrastadura.			2- Alimenta-se sozinho exceto no corte dos alimentos ou a pôr manteiga no pão.	
	3- Não vai à casa de banho.			3- Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado por tubos ou líquidos intravenosos, parcial ou totalmente.	

Classificação:

Index of Independence in Activities of Daily Living de Katz (original)

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E, e F

Fonte: Katz, 1963⁽¹²⁾

ANEXO D – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

ACOMPANHAMENTO			
I) Nome Completo:			
II) Fonte da Informação:	(1) Doente	(2) Família	(3) Outro: _____
III) Método:	(1) Pessoalmente	(2) Telefone	(3) Outro: _____
IV) Manutenção da Saúde:	(1) Cuidador Principal	(2) Conforme Tempo despendido	
V) Terapêutica:	(1) Nenhuma	(2) Trat ^o Ambulatorial	(3) Trat ^o Domiciliar Pago
	(4) Ambos 2 e 3	(5) Internação Hospitalar	(6) Outro: _____

NIVEIS		
SEM AJUDA	(7) Independência Completa (Em segurança, em tempo normal)	
	(6) Independência Modificada (Ajuda técnica)	
AJUDA	(5) Supervisão	
	(4) Ajuda mínima (Indivíduo > = 75%)	
	(3) Ajuda mínima (Indivíduo > = 50%)	
	(2) Ajuda mínima (Indivíduo > = 25%)	
	(1) Ajuda mínima (Indivíduo > = 0%)	
		DEPENDÊNCIA MODIFICADA

AUTO-CUIDADOS	SCORES		
A Alimentação	0	0	0
B Higiene Pessoal	0	0	0
C Banho (Lavar o corpo)	0	0	0
D Vestir Metade Superior	0	0	0
E Vestir Metade Inferior	0	0	0
F Utilização de Vaso Sanitário	0	0	0
CONTROLE DE ESFINCTERES			
G Controle da Urina	0	0	0
H Controle das Fezes	0	0	0
MOBILIDADE (Transferências)			
I Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	0	0	0
J Vaso Sanitário	0	0	0
K Banheira, Chuveiro	0	0	0
LOCOMOÇÃO			
L Marcha / Cadeira de Rodas	0	0	0
M Escadas	0	0	0
COMUNICAÇÃO			
N Compreensão	0	0	0
O Expressão	0	0	0
COGNIÇÃO SOCIAL			
P Interação Social	0	0	0
Q Resolução de Problemas	0	0	0
R Memória	0	0	0
TOTAL:			
	0	0	0

Observações:

ANEXO E - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	

04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
06	5	1
	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
5	2,0	
6	1,0	
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Capacidade funcional: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações que estão sendo fornecidas neste termo, visam a sua autorização prévia para a participação neste estudo, o qual tem por objetivo analisar a influência de um programa de fisioterapia em idosos institucionalizados.

Inicialmente será aplicado um teste no qual você terá que responder algumas perguntas simples, escrever e desenhar para avaliar sua capacidade mental (utilizado para critério inclusão/exclusão da pesquisa). Após, serão realizadas mais duas avaliações: 1) um teste para avaliar seu estado de equilíbrio em diferentes atividades, 2) um questionário para avaliar como está sua capacidade para realizar as atividades de vida diária sem prévia orientação ou treinamento, 3) e um teste para verificar o grau da sua força muscular.

Caso você seja selecionado, você será submetido a 2 (duas) sessões semanais de fisioterapia, durante 12 semanas totalizando 24 sessões.

O programa de fisioterapia será composto por duas etapas: na primeira etapa, você será atendido individualmente onde realizará a fisioterapia convencional que contempla alongamentos para todo o corpo, exercícios respiratórios, exercícios para movimentar o corpo e exercícios de fortalecimento muscular.

Após o término da primeira etapa você será reavaliado com os mesmos testes. E poderá fazer ainda, o Teste de Memória Emocional que será nesse momento ou no final da segunda etapa. A ordem deverá ser feita através de um sorteio. Neste teste lhe será apresentada uma história, logo após você deverá classificá-la quanto à emocionalidade da mesma, 10 dias depois lhe será solicitado que recorde a história e responda um questionário sobre a mesma.

Depois de realizar os testes, você começará a segunda etapa do programa. Nesse momento, você receberá a fisioterapia convencional com as mesmas técnicas utilizadas na primeira etapa acrescidas de 20 minutos de exercícios de controle da postura (equilíbrio) em várias posições (em apoio com os dois pés e em um pé, andando de frente, andando para trás, andando para os lados) com ou sem obstáculos, com bolas, em diferentes solos.

No término da segunda etapa será realizada a última reavaliação.

Após as 12 semanas, os resultados dos testes serão analisados com a finalidade de verificar se houve diferença do seu desempenho após o programa de fisioterapia.

Após você responder os testes, eles serão recolhidos pelos pesquisadores. Você deverá sentir-se à vontade para responder todos os questionários ou parte deles, sem que isto lhe cause qualquer constrangimento.

Você tem a liberdade de recusar-se a participar e poderá desistir a qualquer momento durante a pesquisa, sem qualquer prejuízo. Para isso, deverá apenas entrar em contato com um dos pesquisadores, que lhe devolverá o questionário, retirando seus dados do estudo. Em qualquer tempo poderá pedir mais informações ou esclarecer eventuais dúvidas através do telefone dos pesquisadores do projeto

As informações obtidas sobre os seus dados pessoais são de caráter sigiloso, e sob a hipótese alguma você será identificado. Os dados coletados servirão apenas para os fins propostos neste estudo e ficarão sob a guarda da professora responsável pela pesquisa que arquivará os questionários durante cinco anos e após este período, os mesmos serão destruídos.

O presente estudo pode ser considerado como uma investigação de risco mínimo, como por exemplo, risco de queda na execução das atividades propostas, bem como algum constrangimento ocasionado devido à dificuldade na execução de alguma atividade durante a realização do programa, ainda como constrangimento ao responder alguma questão dos

questionários ou possível desconforto psicológico ao lembrar algum episódio sofrido no decorrer da sua vida.

O estudo também pretende diminuir os riscos de queda, evitar a piora da capacidade de realizar atividades de vida diária e impedir de ir e permanecer no hospital ou na cama por muito tempo. Além de trazer benefícios como identificar quem possui risco de cair e assim desenvolver um tratamento individual adequado para diminuir ou acabar com as suas quedas.

Dessa forma, com o Programa de Fisioterapia, você poderá melhorar a capacidade física, manter o equilíbrio e a força, aumentar a capacidade de realizar atividades, melhorando a auto-estima, a segurança e diminuindo as dores, as incapacidades e o medo de cair.

Os resultados finais deste estudo serão relatados aos participantes e à comunidade por meio de publicações em forma de artigo.

Eu, _____ concordo voluntariamente e acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa “Efeitos de um programa fisioterapêutico em idosos institucionalizados”.

Declararei aos pesquisadores Débora da Luz Fernandes e Monica de Fátima Rossato Muraro sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Participarei deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo algum.

Santa Maria, ____ de _____ de _____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pelo estudo.

Em caso de dúvida, entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM na Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702. Cidade Universitária - Bairro Camobi – 97105-900, Santa Maria, RS.Tel.: (55)32209362 - Fax: (55)32208009.
E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Para outras informações, entre em contato com os pesquisadores, ou com o pesquisador responsável:

Rejane de Souza Caino: (55)99657612 – email: rejanecaino@yahoo.com.br

Profª Drª Marisa Bastos Pereira: - email: masapg61@yahoo.com.br

APÊNDICE B- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar o sigilo da identidade dos indivíduos idosos. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução desta pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os instrumentos de pesquisa serão arquivados em armário pessoal na sala 1308 do departamento de Fisioterapia, sob responsabilidade da orientadora Prof^a. Dr^a. Marisa Pereira Gonçalves, durante o período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos por incineração.

Santa Maria,.....de.....de 2013.

Prof^a. Dr^a. Marisa Pereira Gonçalves

Rejane de Souza Caino

Para outras informações, entre em contato com os pesquisadores, ou com o pesquisador responsável.

Rejane de Souza Caino: (55)99657612 – email: rejanecaino@yahoo.com.br

Prof^a Dr^a Marisa Bastos Pereira: - email: masapg61@yahoo.com.br

APÊNDICE C – CARTA DE SOLICITAÇÃO

Para Sr. Cláudio Azevedo
Superintendente da Unimed Santa Maria

Venho através deste, solicitar sua permissão para que possa utilizar as dependências da Medicina Preventiva e os dados do software EprimeCare, para a realização do levantamento de dados dos pacientes participantes do Programa de Medicina Preventiva para a pesquisa intitulada “PERFIL DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA – UNIMED SANTA MARIA”, a ser desenvolvida pela colaboradora, Rejane de Souza Caino do Curso de Especialização em Reabilitação Físico - Motora, UFSM, sob Orientação da Prof.^a Dr.^a Marisa Bastos Pereira. A previsão inicial para execução da pesquisa será no mês de dezembro de 2014.

Certos de sua atenção agradecemos.

Prof^a Dr^a Marisa Pereira Gonçalves

Rejane de Souza Caino

De acordo, Sr. Cláudio Azevedo
Superintendente da Unimed Santa Maria

APÊNDICE D- FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Sexo: F () M ()

Idade:

Data de Nascimento: .../...../.....

Escolaridade:

Estado civil:

Você fuma? () Nunca fumou () Fuma () Já fumou

Você costuma ingerir álcool? () Nunca () Às vezes () Sempre

Você tem alguma patologia diagnosticada? () Não (....) Sim Quais?.....

Você faz algum tratamento? () Não () Sim

Você faz uso de medicamentos? () Não () Sim

Quantos?.....Quais?.....

Como é a sua pressão arterial?.....

Você pratica atividade física? () Não () Sim

Quantas vezes por semana você pratica atividade física?

Tem problemas nos pés? () Não () Sim

Caiu nesse último ano? () Não () Sim

Quantas vezes?.....

Como foi/foram a (s) queda (s)?.....

Quebrou algum(s) osso (s)? () Não () Sim

Qual (is)?.....

Houve perda de consciência? () Não () Sim

Esteve internado no hospital em função da queda? () Não () Sim

Quanto tempo?.....

Você tem medo de cair?.....

Deixa de fazer alguma atividade em função do medo de cair? () Não () Sim

Qual (is)?.....